

Série 1. **FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON** N° 942.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TUMEURS SANGUINES
DE L'ÉPIDIDYME

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 24 juillet 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MAINGUY Louis

Né à Saint-Denis (Ile de la Réunion), le 7 août 1871.

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



LYON

IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

—
1894

Série 1. **FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON** N° 942.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TUMEURS SANGUINES
DE L'ÉPIDIDYME

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 24 juillet 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MAINGUY Louis

Né à Saint-Denis (Ile de la Réunion), le 7 août 1871.

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



LYON

IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

—
1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	BERNE.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER.
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène	ROLLET.
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacie	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. WEILL, agrégé.
Accouchements POLLOSSON (A.) —
Botanique BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. GANGOLPHE.	MM. ROLLET (ÉTIENNE).
BEAUVISAGE.	JABOULAY.	ROQUE.
CONDAMIN.	LANNOIS.	ROUX.
COURMONT.	PERRET.	VIALLETON.
DEROIDE.	POLLOSSON (A.).	WEILL.
DEVIC.	ROCHET.	BARRAL
DIDELLOT.	RODET.	MOREAU
		} chargés des fonctions
		} d'agrégés.

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; M. LAROYENNE, Assesseur; MM. AUGAGNEUR et ROCHET, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur PONCET

A MES MAITRES

A MES AMIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES TUMEURS SANGUINES DE L'ÉPIDIDYME

Qu'il nous soit permis d'adresser ici à notre Président de Thèse, M. le professeur Poncet, ce maître de l'Ecole Lyonnaise, dont l'éloge n'est plus à faire, tous nos remerciements pour les nombreux conseils qu'il nous a donnés pendant que nous travaillions à notre Thèse. C'est à lui que nous en devons l'idée première.

Nous n'oublierons jamais le haut enseignement des cliniques suivies à l'Hôtel-Dieu dans son service; disons que c'est par lui que nous avons appris à connaître et à aimer la chirurgie.

M. le Dr Dor, chef du Laboratoire, nous a facilité notre tâche. Il nous a guidé dans l'étude de l'anatomie pathologique des pièces recueillies au service; nous le prions de bien vouloir accepter le témoignage de notre reconnaissance.

Nous tenons enfin à remercier tous nos maîtres de la Faculté de l'enseignement qu'ils nous ont donné. Il incombe de lourdes charges à se dire l'élève de tels maîtres; nos efforts tendront toujours à tâcher de nous rendre digne de ce titre, et à ne jamais démeriter des grandes écoles de Médecine et de Chirurgie Lyonnaises.

INTRODUCTION

Pendant que nous suivions la clinique de M. le Professeur Poncet, nous avons eu l'occasion de voir après une castration une tumeur sanguine développée aux dépens de l'épididyme, auquel elle s'était complètement substituée, tumeur survenue et développée dans des circonstances si particulières qu'il nous a paru intéressant, suivant le conseil de M. Poncet, de rechercher des faits de ce genre et d'en faire l'objet de notre Thèse.

Les lésions épididymaires néoplasiques ou inflammatoires sont, on le sait, loin d'être rares et le plus souvent, en dehors de la syphilis, il s'agit de lésions tuberculeuses, parfois aussi d'une néoplasie maligne. En parcourant la littérature chirurgicale, nous n'avons trouvé qu'un très petit nombre d'observations se rapportant à notre sujet et c'est en utilisant tous les matériaux, que nous avons pu recueillir de divers côtés, que nous avons entrepris cette étude.

Les tumeurs sanguines de l'épididyme peuvent être divisées en trois grandes catégories.

1° Les kystes sanguins ou hématoécèles épididy-

maires franches, lésion bénigne, le plus souvent d'origine traumatique et dont nous chercherons à élucider les conditions pathogéniques.

2° Les néoplasmes épидидymaires d'une vascularité telle, dès le début, que des ruptures spontanées ou traumatiques de vaisseaux donnent lieu à un épanchement sanguin brusque, abondant, donnant à l'affection les caractères cliniques d'un hématome, si bien que le diagnostic ne peut être sûrement établi que par un examen histologique. C'est un fait de ce genre que nous avons observé chez un malade opéré par M. Poncet. L'épanchement sanguin se présentait avec de tels caractères qu'il paraissait constituer à lui seul toute la lésion.

3° Enfin des lésions inflammatoires qui sont susceptibles d'être l'origine d'épanchements sanguins épидидymaires.

Notre thèse comprendra donc trois parties.

1° L'étude des hématomes à proprement parler, enkystés ou non; 2° l'étude des tumeurs malignes s'accompagnant, à une époque très rapprochée de leur début, de raptus vasculaires, d'hémorragies notables et présentant au point de vue du diagnostic anatomique et autre les plus grandes difficultés. Cette seconde partie a donc trait aux tumeurs malignes de l'épididyme, mais nous avons hâte de le dire immédiatement, nous n'envisagerons qu'une catégorie de ces tumeurs, celles qui se compliquent à leur début d'un hématome, alors qu'il n'existe pas encore de signes apparents de dégénérescence. Ainsi se trouvent exclues certaines variétés de collections sanguines que l'on peut observer

dans toutes les néoplasies malignes plus ou moins molles, soit du testicule, soit de l'épididyme et qui ne constituent dans l'histoire de ces tumeurs qu'un épiphénomène sans importance diagnostique ou autre.

En troisième lieu nous étudierons les lésions inflammatoires, capables d'être la cause de ces épanchements sanguins. Parmi ces inflammations, la tuberculose tient la plus large place.

CHAPITRE I.

Anatomie.

L'épididyme est ce corps allongé sur le bord supérieur et postérieur du testicule, formé par un tube, le canal de l'épididyme, replié sur lui-même et dont les circonvolutions sont unies par du tissu conjonctif.

Le feuillet viscéral de la vaginale après avoir recouvert le testicule passe sur la face antérieure de l'épididyme en formant un cul-de-sac ouvert du côté externe; il recouvre ensuite le bord externe et la face postérieure de cet organe, puis son bord interne d'où il descend sur la face interne du testicule. Au fond du cul-de-sac externe le feuillet viscéral externe forme avec le feuillet viscéral interne une sorte de mésentère. Le tiers supérieur de ce mésentère contient les canaux efférents.

Les vaisseaux qui se rendent à l'épididyme sont ; 1° l'artère déférentielle de A. Cooper, née de la vésicale inférieure, branche de l'hypogastrique, qui irrigue surtout la queue de l'épididyme ; 2° l'artère épididy-

maire, branche de la spermatique, qui se rend plutôt à la tête de l'épididyme. Ces deux vaisseaux s'anastomosant entre eux, forment un riche réseau capillaire à mailles allongées dans la direction du canal de l'épididyme. Le diamètre de ces capillaires est de $10\ \mu$. Les veines se rendent aux veines spermatiques.

L'épididyme est recouvert d'un faible développement de l'albuginée, ce qui explique la facilité avec laquelle cet organe peut rapidement augmenter de volume, contrairement au testicule étranglé dans sa coque presque inextensible.

La tête de l'épididyme contient les canaux efférents qui font suite au réseau de Haller du corps d'Hygmore (rete vasculosum testis) et qui présentent fréquemment à leur point de départ, des dilatations partielles du diamètre d'un petit grain de plomb. Sur leur trajet on trouve quelquefois des kystes qui, au début, communiquaient avec la cavité des conduits, mais qui cessent de communiquer avec celle-ci dès qu'ils ont atteint un certain volume.

A l'épididyme se rattachent encore : L'hydatide sessile de Morgagni, qui communique souvent avec le canal de l'épididyme ;

Le corps innominé de Giraldès, situé à la tête de l'épididyme, formé par des tubes enroulés, ramifiés ou non et terminés souvent par des extrémités renflées. Entre ces tubes enroulés on trouve un tissu conjonctif riche en vaisseaux ;

Les tubes solitaires au voisinage du corps de Giraldès et des hydatides. Ce sont de petits tubes isolés, origine de certains kystes. Ce sont là des débris du corps de

Wolf comme l'hydatide pédiculée de Morgagni et le vas aberrans de Haller.

HISTOLOGIE. — Les tubes épидидymaires, en outre de la couche des cellules internes cylindriques avec cils vibratils reposant sur une couche de cellules cubiques génératrices, présentent un revêtement cellulo-fibreux de 18 à 25 μ . d'épaisseur. Cette paroi est formée en majeure partie d'éléments fusiformes, à direction concentrique, que la plupart des auteurs considèrent comme des fibres musculaires lisses. Ce sont ces fibres qui devraient être incriminées dans certaines productions dites sarcomateuses de l'épididyme, et qui pour M. L. Bard, seraient des leïo-myomes. Du tissu cellulaire assez dense réunit ces tubes. Vers le bord libre de l'épididyme le feuillet séreux présente un épaississement notable, renfermant des vaisseaux et des nerfs.

CHAPITRE II.

HISTORIQUE.

La première observation relative aux épanchements sanguins épидидymaires est due à Astley Cooper. Celui-ci ne distingua cependant point la nature de l'affection qu'il décrivit.

L'opinion de Curling et de Bowmann, rapportée dans la thèse d'agrégation de Jamain 1853 (Hématocèle du scrotum), en fit une hématocèle de l'épididyme.

En 1853, Curling relate deux observations de cette affection qu'il désigne du nom « d'hématocèle enkystée du testicule ».

Jamain en cite un cas observé à la Pitié, dans le service de Laugier.

Delhayé, dans sa thèse de doctorat, en rapporte également une observation du service de Desprès à l'Hôpital Cochin. Mais, tandis que les observations de A. Cooper et de Curling se rapportent à des épanchements sanguins à l'intérieur d'un kyste préexistant, à des « hématocèles de l'épididyme », celles de Delhayé et de Jamain sont relatives à un épanchement sanguin

siégeant sous l'enveloppe fibreuse de l'épididyme, sans qu'on ait constaté de kyste antérieur, c'est-à-dire à un véritable « hématomie de l'épididyme ».

En 1876, la question fut portée à la Société de chirurgie par M. Ollier.

Pour Tillaux, les tumeurs enlevées par M. Ollier ne seraient pas, à proprement parler, des hématocèles (disons hématomes) de l'épididyme ; elles ont occupé le siège des hydrocèles spermatiques entre la tête de l'épididyme et le corps d'Hygmore : c'est à ce niveau que Sappey indique l'existence assez fréquente de petits kystes diverticulaires des canaux efférents.

Nicaise penche pour des kystes sanguins, dont la pathogénie serait celle des hématocèles vaginales.

Guyon se rattache à l'opinion de Tillaux et admet la préexistence du kyste.

« J'ai vu, dit-il, trois fois des kystes de l'épididyme se transformer en hématocèles. Dans tous les cas, il s'agissait de tumeurs considérables, ayant au moins le volume du poing et le testicule sain est resté en dehors du kyste.

« Dans le premier cas observé par moi en 1868, une première ponction avait donné issue à un liquide foncé et épais. Une deuxième ponction fournit un liquide moins chargé d'éléments sanguins altérés. Il s'opérait dans cette tumeur cette transformation en hydrocèle, sur laquelle Velpeau avait de longue date attiré l'attention.

« Mes deux autres malades furent tous deux traités par le drainage ; l'un d'eux guérit parfaitement, l'autre

fut pris du phlegmon des bourses, à la suite d'une injection trop violente dans le drain et mourut. »

Ollier prouve que les fonctions génitales restent intactes, attendu qu'il a pu isoler nettement les tumeurs en respectant le canal épидидymaire.

« Je ne sais, nous dit-il, s'il existait un kyste antérieurement à l'hématocèle. J'ai eu occasion de rencontrer un cas analogue à ceux de Guyon ; trois ponctions fournirent un liquide de plus en plus clair, et une injection iodée acheva la guérison. Mais les cas que je signale aujourd'hui sont différents ; ici la tumeur s'est développée chez des jeunes gens et paraît en rapport avec l'évolution du testicule. »

Larrey rappelle un cas d'hématocèle enkystée, observé au Val-de-Grâce vers 1856, sur un soldat de 22 à 24 ans, qui présentait à la tête ou à la périphérie de l'épididyme gauche une tumeur à peu près du volume du testicule correspondant resté sain. Cette tumeur était molle, dépressible, indolente, mais sans transparence ; une contusion ou au moins un froissement des bourses semblait avoir occasionné assez longtemps auparavant la formation de cette tumeur.

Un débridement en fit sortir une certaine quantité de sang demi-fluide ; une injection iodée acheva de vider le foyer kystique que des pansements simples firent cicatriser.

Larrey avait observé plusieurs tumeurs analogues dans les conseils de révision.

CHAPITRE III.

ÉTIOLOGIE.

La cause la plus fréquente des épanchements sanguins intra-épididymaires est le traumatisme. Celui-ci porte aussi bien sur le testicule que sur l'épididyme, mais l'albuginée testiculaire est bien plus résistante que la mince couche fibreuse qui enveloppe l'épididyme.

Les traumatismes les plus fréquents sont, par exemple, les coups de pied sur les bourses, comme dans la première observation de Delhay et dans l'observation II de Curling, ou bien les chutes à califourchon sur le pommeau d'une selle, comme dans l'observation de A. Cooper. Ces traumatismes agissent qu'il y ait ou non préexistence de cavités kystiques où le sang puisse se collecter.

L'épanchement sanguin pourrait, d'ailleurs, se faire spontanément. Ici l'étiologie se comprend plus mal. La rupture spontanée intra-épididymaire est difficile à admettre, et quand le malade ne peut rapporter à un traumatisme, venu de l'extérieur, l'origine de son affec-

tion, je crois qu'il faut admettre, comme cause, ces froissements testiculaires de tous les instants, qui, bien que peu douloureux le plus souvent, peuvent cependant être suffisants pour amener la rupture de capillaires néo-formés, ou bien encore les contractions brusques du crémaster qui, on le sait, ont déjà été incriminées dans la production d'orchites. Telles sont les observations III de Curling, IV d'Astley Cooper, VI que nous publions.

Là, il est vrai, le traumatisme, s'il existe, et nous sommes bien porté à le croire, ne tient pas la première place. Ce qui domine la scène, c'est l'altération primordiale du tissu épидидymaire et la stase veineuse amenant la distension des vaisseaux.

Dans certains cas de tuberculose aiguë de l'épididyme, comme nous en publions un cas, l'artérite oblitérante périnodulaire n'a point eu le temps de se faire. L'inflammation domine la scène avec la dilatation des vaisseaux et l'altération de leurs parois. Survient un léger traumatisme et ces parois friables vont céder.

En cas de production néoplasique, ces tissus de nouvelle formation pénètrent les tuniques vasculaires et les rendent friables et prêtes à se rompre. Les lésions néoplasiques les plus en cause sont les sarcomes dont la variété télangiectasique, quoique rare à l'épididyme, a été signalée par Maljuzenko.

Quelles que soient les origines de ces tumeurs; que le traumatisme, l'inflammation ou la dégénérescence en soient la cause, on peut les diviser en deux grands groupes :

1° Les hématoçèles ;

2° Les hématomes.

Par hématoçèles nous entendons les épanchements sanguins dans une cavité kystique préexistante. Ce sont les tumeurs que Curling appelait hématoçèles enkystées du testicule, et Delhaye simplement des hématoçèles enkystées. Ce sont encore les kystes sanguins d'Ollier.

Ces hématoçèles comprennent :

1° Des hématoçèles vaginales sus-épididymaires enkystées.

2° Des hématoçèles kystiques.

Ces kystes, où le sang se collecte à un moment donné, sont développés aux dépens de débris du corps de Wolf ou de diverticules des conduits excréteurs.

Les hématomes sont des épanchements sanguins en plein tissu conjonctif de l'épididyme qu'ils dissocient.

Avant d'entreprendre l'anatomie pathologique de cette affection, il nous a paru utile de placer ici les quelques observations que nous avons pu recueillir sur ce sujet.

OBSERVATIONS.

OBSERVATION I.

Rapportée par Léon Delhayé (thèse de Paris, 1877)
du service de A. Desprès. Hôpital Cochin.

Forez Louis, 18 ans, entré à l'hôpital Cochin le 19 octobre 1876.

Bonne santé habituelle, pas d'antécédents héréditaires. Le 8 octobre dernier il reçoit dans une rixe un violent coup de pied sur les bourses. Il ressent immédiatement une douleur très vive qui lui permet cependant de marcher jusque chez lui, à 4 ou 5 minutes de là. En découvrant les parties il constata une tuméfaction énorme avec une large ecchymose recouvrant toute la moitié gauche du scrotum. Un pharmacien consulté fit appliquer des sangsues, puis des cataplasmes. Le malade garda le lit pendant dix jours. Le gonflement diminua. Cependant il restait toujours une grosse tumeur du côté gauche et le malade se décida à entrer à l'Hôpital, le 19 octobre dernier. Là, on se contenta d'appliquer des cataplasmes et à la fin de novembre on fit des badigeonnages de teinture d'iode.

A son entrée il existait encore sur le scrotum une large ecchymose. Dans la bourse gauche on pouvait constater une

tumeur assez volumineuse présentant des lobes assez distincts. Cette tumeur remontait très haut ; on sentait manifestement qu'elle occupait le cordon, et arrivait à l'anneau inguinal ; le testicule était rétracté. Avec le temps et sous l'influence du traitement l'ecchymose disparut, la tumeur se résorba et se circonscrivit.

Le 12 décembre à l'examen du malade, voici ce que l'on constate : la bourse gauche est déformée par une tumeur paraissant trilobée. Lorsqu'on palpe cette tumeur on sent en effet trois parties distinctes : d'abord le testicule rejeté en bas en dedans et un peu en arrière, parfaitement sain ; au-dessus du testicule et faisant corps avec lui, une tumeur ayant la forme d'une gourde divisée en deux parties par un étranglement situé vers la partie moyenne. La partie la plus grosse est placée au-dessus, elle a le volume d'un petit œuf, elle est dure, présente une résistance élastique, n'est pas douloureuse à la pression, sa consistance partout égale donne la sensation d'une poche distendue par du liquide. La petite portion située au-dessous de la première est plus allongée que la précédente, elle est plus dure à la pression et elle offre une consistance plus inégale.

La pression sur les deux portions est également indolente et ne provoque pas chez le malade de sensation différente. En passant le doigt sur cette tumeur on sent la partie supérieure du cordon intacte.

M. Desprès porte le diagnostic suivant : Pour lui, la grosse portion supérieure de la tumeur est une hématocele de la partie inférieure du cordon, la petite portion ou portion inférieure est une hématocele de l'épididyme.

Avec le temps la partie supérieure de la tumeur se résorbe et le 4 janvier 1877 le malade quitte l'hôpital. A cette époque on sentait que le cordon était parfaitement intact, il ne restait plus trace de l'épanchement sanguin dans cet organe, mais à la place de la tumeur sanguine épидидymaire, il restait une tumeur grosse comme une petite prune, bien arrondie, faisant absolument corps avec l'épididyme et ne

pouvant être séparée du testicule. Cette tumeur était d'une dureté ligneuse, ne présentait aucune espèce de fluctuation et était complètement indolente. Elle ne gênait aucunement le malade qui avait des érections normales.

OBSERVATION II.

De Curling. Ouvrage des maladies du testicule,
article « Hématocèle enkystée ».

Mon ancien collègue M. Hamilton, me pria d'examiner une tumeur douloureuse du testicule dans son service. Cet individu était juif, âgé de 18 ans et avait reçu trois mois auparavant un coup sur le testicule gauche. Il raconta que le scrotum s'était d'abord beaucoup tuméfié, et que la tumeur avait été ensuite observée. Celle-ci avait, quand je la vis, le volume d'une noix, était située juste au-dessus du testicule, parfaitement mobile dans le scrotum, mais fixée à la partie supérieure de la glande par un petit pédicule. Elle était consistante, mais donnait une sensation obscure de fluctuation. La pression causait de la douleur. M. Hamilton ponctionna le kyste avec une lancette et en fit sortir une masse de caillots bruns renfermés dans une poche épaisse, résistante et tapissée par des fausses membranes rugueuses. La plaie guérit par granulation. Le malade ne se rappelait pas avoir eu de tumeur du testicule avant le coup, mais comme très fréquemment de petites kystes de l'épididyme existent à l'insu de celui qui les porte, je crois qu'il en a été ainsi dans ce cas et que le coup a été suivi d'un épanchement de sang dans le kyste, puis d'une inflammation et d'un épaissement du sac, d'où la sensibilité et le gonflement de la tumeur.

OBSERVATION III.

De Curling, *Traité des maladies du testicule*,
article « Hématocèle enkystée du testicule ».

En 1853, un homme de 49 ans, entra dans mon service à l'hôpital de Londres, pour une tumeur du testicule gauche qu'il portait depuis treize ans et qui depuis peu avait augmenté de volume et était devenue très douloureuse. Elle descendait jusqu'au milieu de la cuisse, était lourde, résistante et très sensible. Comme elle offrait une fluctuation obscure, je la ponctionnai avec un trocart et j'en fis sortir plus de 700 grammes d'un liquide brun, épais et granuleux; il resta néanmoins un gonflement considérable à la partie supérieure qui était aussi très douloureuse à la pression et on sentit le testicule au-dessous du sac épaissi.

La tumeur revint bientôt à un volume presque aussi considérable qu'auparavant. Six jours après j'en fis sortir par une nouvelle ponction 300 grammes d'un liquide semblable au premier; puis je pratiquai une large incision à la partie antérieure en traversant des tissus très épais et très denses. De la partie supérieure de la tumeur était sortie une certaine quantité de caillots récents, mous et de couleur brune. La partie inférieure était constituée par un autre kyste volumineux tapissé de couches de lymphé plastique épaisse et résistante dont la surface interne était inégale, et d'une couleur brune rougeâtre.

Les parois de la tumeur ne s'affaissèrent point.

Pensant alors que la castration ferait courir moins de danger que la suppuration de ces parties chez un homme assez mal portant d'ailleurs et qui ne se souciait pas de garder son testicule j'enlevai toute la masse morbide.

A la dissection, je trouvai que le gros kyste était une hydrocèle enkystée de l'épididyme convertie en une hématocèle déjà ancienne et que des caillots récents étaient logés entre les

couches épaisses de la fausse membrane qui tapissait la cavité. Le testicule se trouvait au-dessous du sac, mais en était parfaitement indépendant et n'était point englobé au milieu des parois épaissies, comme cela a lieu dans les cas d'hématocèle vaginale. Les deux faces opposées de la tunique vaginale étaient réunies par des adhérences dont les unes étaient anciennes et les autres récentes. L'épididyme était refoulé en haut et se perdait sur la paroi du gros kyste. Des dépôts récents en forme de chapelet se voyaient dans le testicule, dont les conduits étaient remplis d'une substance granuleuse provenant d'une transformation graisseuse. La guérison se fit longtemps attendre.

OBSERVATION IV.

d'Astley Cooper.

M. V..., fut conduit chez moi par M. Harris, chirurgien. Il avait au scrotum une tumeur piriforme ayant deux fois le volume du poing et qui existait depuis 17 ans. Cette tumeur n'avait jamais occasionné de douleur et gênait seulement par son volume et par son poids. Le malade l'attribuait à un coup qu'il avait reçu à la chasse contre le pommeau de la selle et qui lui avait causé une douleur vive mais de très peu de durée. On pouvait sentir le testicule et l'épididyme à la partie inférieure de la tumeur. Plus haut on constatait la présence d'une substance solide mélangée avec un liquide. La tumeur n'avait aucune transparence ; jamais le malade n'avait éprouvé de douleur.

J'ouvris la tumeur en septembre 1822. J'en fis sortir un sang liquide couleur café et une substance solide jaune brunâtre. La tunique vaginale était épaissie et semblable au par-

chemin le plus dense. Je plaçai dans la peau une mèche de coton et le malade retourna en voiture à sa demeure qui était distante de trois milles. Le même jour pendant qu'il était à son comptoir il fut pris d'une hémorragie abondante de la tunique vaginale, hémorragie qui produisit la syncope ; on le plaça dans son lit. Le lendemain il y eut une violente réaction avec suppuration de la tunique vaginale.

Le traitement consista dans l'application de cataplasmes chauds et l'usage d'une potion composée de sulfate de magnésie et d'une solution d'acétate d'ammoniaque trois fois par jour. Vers le troisième ou le quatrième jour de gros caillots sanguins sortirent de la plaie et furent suivis d'une abondante suppuration. Les symptômes fébriles se dissipèrent.

La suppuration continua avec la même abondance et sans hémorragie pendant une quinzaine de jours après lesquels elle commença à diminuer. Pendant ce temps il prit trois fois par jour la décoction de quinquina à la dose de 2 onces avec dix gouttes d'une solution d'acide sulfurique. Les cataplasmes furent continués pendant trois semaines ; la partie fut maintenue élevée par le rapprochement des genoux qu'on attacha ensemble ce qui favorisa l'écoulement du pus. Ensuite on appliqua des bandelettes d'emplâtre agglutinatif et de savon. Six semaines après l'opération, le malade était parfaitement bien.

Cette observation fut de la part de Bowmann le sujet d'une interprétation rapportée dans la thèse d'agrégation de Jamain 1853 (hématocèle du scrotum). Bowmann note qu'on sentait nettement le testicule et l'épididyme. Le sang devait donc siéger, soit dans le sac d'une hydrocèle enkystée de la partie inférieure du cordon ou bien dans celui d'une hydrocèle enkystée de l'épididyme, c'est-à-dire la portion de la vaginale qui coiffe la tête de l'épididyme, séparée de la portion testiculaire de la vaginale par des adhérences.

Curling est du même avis sur cette observation d'A. Cooper.

« Sir A. Cooper, dit-il, a rapporté un cas d'hématocèle qui

avait été d'abord une hydrocèle enkystée du testicule ; c'est du moins ce qui résulte pour moi de sa description, car l'illustre chirurgien ne semble pas avoir reconnu le véritable caractère de la maladie ».

OBSERVATION V.

De Jamain. Traité de pathologie chirurgicale.

Nous avons observé un exemple d'épanchement sanguin de l'épididyme dans le service de M. Laugier, à la Pitié. La lésion avait été déterminée par un coup violent porté dans la région des bourses. La tumeur était survenue tout à coup, immédiatement après l'accident et l'on sentait manifestement que l'épididyme était le siège de la tuméfaction.

OBSERVATION VI.

Due à l'obligeance de M. le professeur Poncet.

Hématome épидидymaire droit, ayant pour point de départ un sarcome de l'épididyme révélé seulement par l'examen histologique. Castration.

Le malade qui a été opéré par M. Poncet, le 13 janvier 1894, est un homme âgé de 43 ans, dans les antécédents duquel on ne trouve aucune tare pathologique. Les ascendants sont morts, tous très âgés. Excellente santé habituelle, jamais aucune maladie. Marié depuis 13 ans, cet homme a neuf enfants, tous bien portants. Sa femme a eu deux fausses

couches causées par de grandes fatigues; elle est actuellement enceinte de cinq mois. Aucune affection vénérienne.

Le début de la maladie actuelle remonte au 13 décembre 1893. Le malade ressentit tout à coup, et cela sans cause appréciable, une douleur dans la fosse iliaque droite, puis du côté du testicule droit qui devint très rapidement le siège d'un gonflement notable. En raison de la douleur, il dut prendre le lit; mais d'après les renseignements communiqués soit par le malade, soit par le médecin, ou son entourage, il n'éprouva d'autre malaise qu'une douleur plus ou moins vive qui, sous l'influence d'un traitement local s'atténua assez rapidement; à aucun moment le malade ne paraît avoir eu de la fièvre.

Faisons remarquer une fois pour toutes, qu'avant ces accidents aigus, l'attention du malade n'avait en rien été appelée sur son testicule droit qui, disait-il, était jusqu'alors comme le testicule gauche.

Lorsque M. Poncet vit en consultation ce malade, le 26 décembre 1893, c'est-à-dire quinze jours après l'apparition de la tuméfaction qui s'était faite si brusquement, la partie droite, qui avait sensiblement diminué au dire du malade, avait encore le volume du poing; elle formait une tumeur ovoïde arrondie qui occupait principalement l'épididyme.

Le diagnostic fut hésitant et M. Poncet conseilla de continuer le traitement local institué, dont le repos était la base. Le 11 janvier 1894, à un nouvel examen, il constatait une diminution notable du volume de la tuméfaction, mais on sentait plus nettement encore l'épididyme augmenté de volume, bosselé, fluctuant. La peau amincie était comme adhérente à la tête de l'épididyme.

Une opération fut décidée et pratiquée par M. Poncet, le 13 janvier 1894; il se proposait suivant la nature des lésions révélées par l'incision, soit de s'en tenir à une simple orchiotomie, soit de recourir à la castration.

Au-dessous de la peau incisée, les autres enveloppes scro-

tales avaient une teinte gris jaunâtre, produite certainement par une infiltration sanguine qui s'était en grande partie résorbée: par suite de cet exsudat sanguin qui avait uni entre elles les diverses tuniques du scrotum, il dut procéder à leur dissection pour arriver sur l'épididyme et sur le testicule.

L'épididyme incisé n'était plus représenté que par des caillots noirs formant une couche de 12 à 15 millimètres de hauteur dans toute l'étendue de l'épididyme. La castration fut alors pratiquée. Le cordon était complètement sain.

A la coupe des organes enlevés on constatait que le testicule était normal, mais d'une teinte rougeâtre très manifeste; quant à l'épididyme, il ne paraissait plus représenté que par les caillots sanguins dont nous avons parlé. Pas d'épanchement dans la vaginale.

L'examen anatomo-pathologique de cette pièce, fait par M. Dore, chef du laboratoire de M. le professeur Poncet, donne les résultats suivants :

Le testicule, du volume normal, est très congestionné. L'épididyme est constitué par un tissu mou, et qui paraît au premier abord être un caillot; mais à un examen plus attentif, on voit qu'il y a une infinité de vaisseaux dilatés qui, à la coupe, ont donné du sang et qu'il s'agit plus vraisemblablement d'un angiome. L'ensemble a conservé la forme de l'épididyme, c'est-à-dire qu'il constitue une masse qui entoure l'un des côtés du testicule, mais le volume en a considérablement augmenté et il atteint celui du testicule; il présente un centimètre et demi d'épaisseur. La vaginale est normale.

Coupes faites dans la tête de l'épididyme. — L'examen microscopique nous permet de constater trois choses :

- 1° Des productions néoplasiques.
- 2° Une dilatation considérable des veines et des capillaires.
- 3° Des suffusions sanguines.

La production néoplasique est d'origine sarcomateuse. On constate, comme dans tous les sarcomes fuso-cellulaires, au milieu de travées entremêlées dans tous les sens, des éléments cellulaires fusiformes dont le noyau est très développé et

entouré de protoplasma. Ces cellules fusiformes sont dirigées dans tous les sens; en certains points elles gardent une même direction et forment des faisceaux plus ou moins réguliers. Les points où siègent les éléments néoplasiques sont très peu vasculaires; on n'y trouve pas ou peu de suffusions sanguines. Les éléments des canaux efférents y ont disparu. C'est donc en dehors des zones sarcomateuses qu'on constate un développement considérable de l'élément vasculaire veineux et des capillaires. Les artères ne sont pas plus nombreuses, mais les veines sont énormes, formant un véritable tissu angiomateux; autour d'elles on voit peu de tissu conjonctif dissocié et renfermant les sections des canaux efférents. Ces veines ont des parois normales pour la plupart, parois non entourées d'éléments néoplasiques. Les capillaires très dilatés ont des parois minces, brisées çà et là, ouvrant alors la porte aux hémorragies qu'on constate presque partout dans la zone vasculaire.

Ces hémorragies sont peu étendues, on trouve au milieu du sang épandu, des travées conjonctives dissociées, contenant quelques éléments embryonnaires; et de temps en temps on aperçoit la section des canaux efférents.

On voit donc, en somme, que les parois des veines ne sont pas formées de tissu embryonnaire, qu'elles sont bien adultes, indépendantes de la production néoplasique, que c'est là un angiome, un véritable varicocèle épидидymaire développé probablement à la suite soit de la compression, soit de l'oblitération partielle d'un collecteur veineux par le néoplasme de l'épididyme. Il s'en est suivi, avec la dilatation des veines et des capillaires, des altérations de leurs parois et des petits foyers hémorragiques nombreux. Une des préparations, faite au niveau d'une de ces collections sanguines, ne contient que du sang et quelques travées conjonctives dissociées.

OBSERVATION VII.

Prise dans le service de M. le professeur Poncet,
Salle Saint-Martin, lit n° 11.

M., J., âgé de 59 ans. Concierge.

Père mort à 40 ans; mère morte à 25 ans de suites de couches; sœur morte à 40 ans d'une affection pulmonaire.

Bonne santé habituelle, pas de maladies vénériennes. Marié, père de deux enfants bien portants; deux enfants morts en bas âge (l'un du croup, l'autre de la variole). Le malade ne tousse pas; pas d'antécédents scrofuleux.

Débuts de la maladie. — Dans les dernières semaines de décembre 1893, il ressentit des douleurs au bas des reins et dans la cuisse droite; ces douleurs furent passagères. Du 20 au 25 décembre, il vit son scrotum devenir le siège d'une tuméfaction considérable.

Depuis huit ou dix ans, le malade avait remarqué que la partie droite était plus grosse que la gauche du double, sans causer de malaise ni de douleur, et sans qu'il y ait diminution de ses besoins sexuels.

Le début est donc brusque sur un testicule anormalement développé; il s'accompagne de douleurs non irradiées au cordon ni aux vésicules ni à la prostate; tout semble limité au scrotum.

Le 25 décembre le malade est pris de vertiges et de nausées; il est obligé de se coucher. Cet état fut passager; le malade garde néanmoins le lit depuis lors à cause de la tuméfaction douloureuse du scrotum. Celle-ci ne tarde pas à s'ouvrir à l'extérieur donnant issue à une quantité assez considérable de pus mêlé de sang.

C'est le 20 janvier 1894 que nous examinons le malade entré depuis quelques jours à l'Hôtel-Dieu. Nous constatons que le testicule et l'épididyme du côté droit forment une masse

globuleuse du volume d'une orange, extrêmement douloureuse à la pression et fluctuante par places.

A la partie antérieure s'ouvre une fistule par où, depuis le début presque, s'écoulent du pus et du sang couleur de café

Le canal déférent semble plus volumineux que celui du côté opposé, mais on ne sent pas de noyaux sur son trajet; il n'est pas douloureux à la pression.

Au toucher rectal on trouve une prostate et des vésicules séminales normales. Les poumons semblent sains; l'état général est bon.

La castration fut faite le 25 janvier 1894 par M. le professeur Poncet.

Le diagnostic porté avait été : Cancer du testicule; l'examen histologique démontra qu'on avait affaire à de la tuberculose.

Dans la pièce apportée au laboratoire il y a trois choses :

- 1° Un testicule presque sain ;
- 2° Un épидидyme très malade et dans lequel siègent principalement les lésions;
- 3° Un gros kyste hématique à parois très épaissies, ayant au moins trois millimètres d'épaisseur, présentant des altérations athéromateuses et paraissant être la vaginale; toutefois il se pourrait qu'il s'agisse d'un kyste intra-épididymaire.

Le néoplasme présumé siège surtout à la tête de l'épididyme.

Au toucher on sent une induration ligneuse et dans la coupe on trouve un tissu jaunâtre paraissant en certains points ramolli et laissant sourdre à la pression un liquide moins dense que du pus mais en ayant la couleur. Au microscope on ne trouve dans ce liquide que des cellules en voie de désintégration granulo-graisseuse.

Dans le testicule on trouve un noyau du volume d'un pois, ressemblant absolument comme aspect à ce que l'on voit dans l'épididyme, ayant la dureté et la couleur d'un noyau néoplasique.

Mais à l'examen histologique on voit qu'on se trouve en

présence de productions manifestement tuberculeuses. Les préparations montrent, à côté de follicules typiques, ici, avec une cellule géante, et là, avec une agglomération de cellules épithélioïdes, entourées l'une et l'autre de cellules embryonnaires, une infiltration tuberculeuse généralisée des tissus. C'est elle qui domine la scène.

Une préparation de la paroi du kyste sanguin siégeant à la partie inférieure de l'épididyme, ne permet pas de dire s'il s'agit de la vaginale épaissie ou d'un tissu fibreux développé aux dépens du tissu conjonctif de la queue de l'épididyme, avec lequel d'ailleurs dans ce cas la vaginale serait fusionnée, sans qu'on puisse distinguer ce qui revient d'une part à la vaginale, de ce qui appartient d'autre part au tissu fibreux né de l'épididyme.

Sur cette paroi, épaisse de trois millimètres, on constate des dépôts fibrineux formant une couche épaisse, adhérente à la paroi de la poche et remplis de granulations d'hématoïdine.

CHAPITRE IV.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE.

Des influences aussi diverses que les traumatismes, les inflammations, les néoplasmes pouvant amener des épanchements sanguins épидидymaires, l'anatomie pathologique ne saurait être la même malgré l'étiologie de cette affection.

Nous étudierons donc successivement les lésions qu'on rencontre :

1° Dans les épanchements sanguins purement traumatiques.

2° Dans ceux qui reconnaissent comme point de départ une inflammation

3° Dans ceux qui procèdent d'un néoplasme.

I. — Tumeurs sanguines d'origine traumatique.

1° Hématocèles. — Dans l'anatomie de l'épididyme nous avons mentionné des débris du corps de Wolf : hydatide sessile, corps innommé de Giraldès, tubes solitaires. Ces restes d'un organe de la vie

embryonnaire sont le point de départ des kystes de l'épididyme. Ceux-ci deviennent hématiques ; tel le cas de Curling (obser. II) où la tumeur était pédiculée.

Ces kystes ont d'ailleurs souvent une autre pathogénie ; ils sont, comme le décrit Sappey, des diverticules, des canaux efférents, plus tard isolés, ou reconnaissent comme cause la dilatation d'un de ces canaux efférents. C'est là l'origine supposée des kystes spermatiques.

Ils peuvent également être occasionnés par l'orchite chronique ; kystes dus, d'après Monod et Artaud, à la dilatation des tubes épидидymaires amenant une hypertrophie épидидymaire à côté de l'atrophie testiculaire. Enfin, un certain degré d'inflammation de l'épididyme peut antérieurement avoir amené le cloisonnement de la portion de la vaginale qui entoure l'épididyme et son isolement de la vaginale testiculaire. Dans cette poche vaginale l'inflammation amasse de la sérosité en attendant qu'un traumatisme vienne en faire un hématocèle.

Ces hydrocèles vaginales sus-épидидymaires enkystées constituent ce que Gosselin appelle « les grands kystes ». L'observation IV d'A. Cooper, d'après l'interprétation de Boowmann, serait relative à un épanchement sanguin dans un kyste de cette nature. L'observation que nous avons prise au service de M. Poncet se rapporterait peut-être à une affection analogue. Mais, dans ce cas, le cloisonnement de la vaginale épидидymaire aurait formé une hydrocèle enkystée à la queue de l'épididyme, plus tard transformée en hématome.

Les kystes intraépидидymaires étaient appelés par

Gosselin « les petits kystes ». Mais ces deux variétés de kystes de Gosselin, grands et petits, peuvent à un moment donné devenir sanguins (observation III de Curling) à la suite d'un traumatisme ou bien à la suite d'hémorragies analogues à celle de l'hématocèle vaginale survenant dans les productions membraneuses néoformées par l'inflammation à l'intérieur de ces poches. Tillaux et Guyon sont portés à admettre cette dernière pathogénie.

Dans le cas où un kyste séreux serait devenu sanguin sous l'influence d'un traumatisme, des ponctions successives peuvent ramener peu à peu le liquide du kyste de l'état hématique à l'état citrin. Tel est le cas du premier malade de Larrey dont il est parlé dans l'historique :

« Une première ponction avait donné un liquide foncé et épais ; une deuxième ponction fournit un liquide moins chargé d'éléments sanguins altérés. Il s'opérait dans ce kyste, dit Larrey, cette transformation en hydrocèle sur laquelle Velpeau avait de longue date attiré l'attention ».

Le contenu de ces hématocèles peut être formé par des caillots bruns, comme dans la première observation de Curling ; ou bien par un liquide brun granuleux comme dans la deuxième observation de Curling au moment de la première ponction. A l'incision, en même temps que du liquide brun granuleux, on trouve des caillots récents mous et de couleur brune.

Les corps granuleux, nageant dans le sérum coloré de pigments sanguins, étaient dus à la fibrine concrétée.

La paroi du kyste peut être d'abord mince lorsqu'il s'agit primitivement d'un kyste épидидymaire qui ne se transforme que plus tard en hématocele. A la suite de ponctions répétées, le liquide de ces kystes peut également devenir hématique.

Dans les deux cas relatés par Curling, les parois de la poche étaient épaissies, résistantes et tapissées de fausses membranes. Ces parois peuvent être assez rigides pour ne point s'affaisser après ponction (observation II de Curling) et peuvent alors contenir des caillots sanguins entre les couches épaisses de la fausse membrane tapissant la cavité.

Ici, comme dans l'hématocele spontanée de la tunique vaginale, l'épanchement sanguin serait fourni par la fausse membrane en voie d'organisation comme le pense Gosselin. « L'anatomie pathologique, nous dit-il, nous apprend que lorsque les fausses membranes commencent à s'organiser, leurs vaisseaux sont abondants, pourvus de parois minces ; que leur substance est molle. Ne sont-ce pas là des conditions favorables à la production d'un épanchement sanguin soit par exhalation spontanée, soit par une rupture consécutive à un choc ».

L'effusion sanguine peut également se faire dans une hydrocele enkystée spermatique.

Tillaux dit à ce sujet : « On conçoit qu'un choc, « un froissement, puissent transformer cette hydro-
« cele en hématocele, mais je crois le fait extrême-
« ment rare. » Cliniques, page 406.

2^e **Hématomes** encore appelés **Hématocèles pures**, par Delhayé. — Ces tumeurs sont constituées par un épanchement sanguin siégeant dans le tissu conjonctif de l'épididyme et collecté sous son enveloppe. Le sang rassemblé sous la vaginale viscérale forme ainsi une poche à laquelle adhère le feuillet pariétal de la vaginale.

Tels semblent être les cas rapportés par Ollier à la Société de Chirurgie en 1876, celui de Larrey où il s'agissait d'un soldat de 22 à 24 ans, celui de L. Delhayé.

Ces épanchements traumatiques peuvent s'enkyster et présenter des parois tapissées de dépôts fibrineux comme les hématocèles kystiques ; ou bien s'enflammer et suppurer soit à la suite de ponction, soit spontanément sous l'influence de microbes apportés par le sang ; ou se résorber totalement ou partiellement ; ou bien encore laisser comme reliquat de leur existence un corps fibreux. Le fait est signalé dans l'observation de Delhayé ; ce serait peut-être s'aventurer que de vouloir en faire, comme M. Delhayé, la seule cause des fibromes de l'épididyme ; mais l'opinion absolument contraire de Jamain dans sa thèse d'agrégation nous semble toutefois un peu exclusive. Un fibrome épидидymaire peut succéder à un hématome. Cette organisation, d'après Monod, se ferait au moyen de cellules fusiformes se déposant autour des canaux efférents et finissant par combler les espaces libres laissés entre eux.

Ces épanchements sanguins traumatiques épидидymaires peuvent être le point de départ d'une hémato-cèle vaginale par rupture de la fibreuse épидидymaire.

II. — Tumeurs sanguines d'origine inflammatoire.

La tuberculose de l'épididyme crée dans cet organe des foyers caséux qui tendent rapidement à s'ouvrir à l'extérieur. Autour des noyaux ramollis se trouve une zone de tissu anémié englobant immédiatement la masse caséuse; c'est là une enceinte de tissu peu résistant où la vie des éléments est déjà compromise par le processus morbide. En dehors de cette zone se trouve du tissu normal où les vaisseaux n'ont pas encore subi d'altération d'endartérite oblitérante. On conçoit donc qu'un traumatisme soit apte à amener la rupture de ces vaisseaux et l'épanchement sanguin au milieu du foyer de ramollissement caséux. L'épididyme augmenté de volume échappe d'ailleurs moins facilement aux traumatismes.

La marche rapide du foyer ramolli vers l'extérieur, dans certaines formes signalées pour la première fois par Follin en 1860 (Union médicale), sous le nom de tuberculisation galopante, est bien apte à amener la destruction des parois vasculaires avant que l'artérite oblitérante se soit manifestée, et à donner naissance à un hématome épидидymaire.

Dans l'observation VII que nous publions, nous trouvons à côté de lésions épидидymaires nettement tuberculeuses un kyste hématique siégeant à la partie inférieure de l'épididyme.

Ce kyste est de date ancienne, car l'observation relate que la partie droite était plus grosse que la gauche depuis 8 ou 10 ans ; de plus l'épaisseur considérable (3 millimètres) de la paroi plaide en faveur de cette opinion. Ce kyste était-il intra-épididymaire ou formé par la vaginale cloisonnée ? Rien ne permet de le dire et l'examen histologique ne permet pas plus d'en affirmer l'origine. Ce kyste ne semble pas toutefois avoir été hématique d'emblée, car aucun traumatisme n'a été accusé par le malade au moment du développement anormal de la partie droite. Est-ce là le fait de la tuberculisation de l'épididyme ? La chose est possible. La tuberculose aurait d'abord été lente, latente en quelque sorte jusqu'au moment des phénomènes aigus, de la tuberculisation galopante qui aurait amené d'une part la formation d'un trajet fistuleux à l'extérieur, d'autre part l'épanchement sanguin dans le kyste. En même temps que le pus s'ouvrait une voie à l'extérieur, il détruisait des parois vasculaires et amenait l'hémorragie relatée dans l'observation. Le kyste communiquait du reste avec le trajet fistuleux et contenait des globules de pus au milieu d'une grande quantité de caillots sanguins et de sang liquide.

III. — Tumeurs sanguines d'origine néoplasique.

Monod attribua le premier à des néoplasmes certains épanchements sanguins qu'on rapportait avant lui à des épидидymites ; mais il s'agissait de néoplasmes développés depuis assez longtemps et non de la forme

hémorragique de certains sarcomes épидидymaires comme il en est question dans l'observation VI.

« On ne trouve jamais, dit Monod, en cas d'épididymite une poche nettement enkystée, une vaste collection, une hématoçèle épидидymaire ; les cas publiés ne seraient que des cancers ramollis, au centre desquels s'est formée une cavité anfractueuse remplie de sang et de débris de tissu pathologique. Ces foyers hémorragiques peuvent être plus ou moins volumineux ; c'est ainsi que sur la coupe de carcinome encéphaloïde de l'épididyme, on voit à côté de grosses masses rose pâle de petits foyers hémorragiques tranchant par leur rougeur vive sur l'aspect terne et pâle du tissu néoplasique. »

D'autres fois, on a affaire à des suffusions sanguines formées au début du développement du néoplasme, soit que le traumatisme intervienne, soit que la néoplasie envahissant les vaisseaux amène cette hémorragie.

« Cet envahissement, nous dit Poulet, se fait aussi facilement pour les vaisseaux voisins que pour ceux de son intérieur. Les résultats de cette pénétration sont d'abord une gêne de circulation ; puis, sous l'influence d'une impulsion du cœur, le sang force la paroi amincie de l'artère, la rompt et se répand dans le tissu du néoplasme en se créant une poche artificielle qui peut, à la suite, communiquer avec d'autres poches semblables. Ces sortes d'anévrismes diffus offrent un mouvement d'expansion lors des contractions du cœur et donnent naissance aux tumeurs dites hématomés ou hématomés télangiectasiques. »

Dans le cas du malade de M. Poncet, cet envahissement et cette rupture des parois artérielles dont parle Poulet, n'ont pas été constatées, ce n'est donc pas à un sarcome télangiectasique qu'on avait affaire. On constatait un grand développement de l'élément vasculaire veineux et des capillaire à côté d'une tumeur sarcomateuse ; c'était bien là un varicocèle épididymaire véritable, dû à la gêne de la circulation de retour par la présence du néoplasme. Les épanchements sanguins sont nombreux ; on en trouve dans toute la zone vasculaire veineuse ; mais ils sont de petit volume ; de poche sanguine, de vaste collection, il n'en existe pas.

Parmi les tumeurs de l'épididyme, nulle plus que le sarcome avec son développement constant de néocapillaires à parois friables n'est plus apte à donner naissance à un hématome sous l'influence d'un traumatisme ; toutefois, dans l'observation VI, ce n'est pas à un développement de néocapillaires que sont dues les petites hémorragies signalées. De vaisseaux néoformés à parois infiltrées d'éléments embryonnaires, on en constate à peine quelques-uns ; ce qui domine, ce sont les ramifications veineuses dilatées, gorgées de sang.

CHAPITRE V.

ÉTUDE CLINIQUE.

La marche de ces tumeurs est variable. Les hématoécèles traumatiques enkystées peuvent rester indéfiniment stationnaires, ou bien augmenter de volume sous l'action des hémorragies des parois épaissies, ou encore suppurer.

La résorption peut se faire dans les hématomes traumatiques ; elle est totale ou laisse après elle un corps fibreux. Quant aux hémorragies de la tuberculose et des néoplasies malignes, elles tiennent de leur nature un caractère de gravité bien plus grande ; leur volume n'est jamais bien considérable, et les lésions cancéreuses ou tuberculeuses les laissent rapidement au deuxième plan.

Le diagnostic des différentes sortes d'épanchements sanguins de l'épididyme sera souvent fort embarrassant, parfois même impossible ; on conçoit cependant la nécessité de rechercher le véritable caractère de ces collections sanguines, la cause dont elles dérivent, car

de là dépendent le pronostic et le traitement, et disons-le, la vie du malade.

Si les hématocèles épидидymaires vaginales ou kystiques sont d'un pronostic bénin, si les hématomes ont peu de gravité, il n'en est plus de même des lésions tuberculeuses ayant occasionné une collection sanguine, ni surtout des sarcomes hémorragiques qui demandent à être diagnostiqués de bonne heure pour qu'une opération radicale puisse préserver le malade de la généralisation cancéreuse.

Une fois la localisation faite d'une tumeur à l'épididyme, ce que la palpation permet de reconnaître, il reste à en déterminer la nature. S'il est le plus souvent facile de diagnostiquer un kyste épидидymaire à sa fluctuation, de présumer de son contenu suivant l'existence ou l'absence de transparence, il est des cas où ce diagnostic offre de grandes difficultés et est même impossible, témoin l'observation que nous publions (vi).

Nous voyons un début brusque au 13 décembre 1893; le malade est pris tout à coup de douleur et d'un gonflement considérable de la partie droite. La tuméfaction qu'on sent limitée à l'épididyme à la date du 26 décembre est bosselée et légèrement fluctuante. A la coupe, l'épididyme paraît représenté par des caillots noirs qui semblent l'avoir complètement remplacé.

Tout jusqu'ici semble démontrer qu'on est en présence d'un hématome intra-épидидymaire; cependant l'examen histologique fait voir qu'on se trouve en présence d'un sarcome de l'épididyme, sarcome fuso-cellulaire accompagné d'un varicocèle intra-épидидymaire et de suffusions sanguines peu développées. Les lésions

de la prostate et les localisations pulmonaires seraient d'un grand secours pour permettre de reconnaître la nature tuberculeuse de la lésion. La tuberculose, en cas de début brusque, comme nous en relatons une observation, a un caractère inflammatoire qui lui est propre : une marche rapide vers la suppuration et l'ouverture de l'abcès à l'extérieur qui pourrait faire distinguer une collection sanguine tuberculeuse d'un hématome d'origine néoplastique dont, il faut bien le dire, le diagnostic ne saurait le plus souvent être établi au début.

Au point de vue de l'état général, le pronostic des épanchements sanguins épididymaires d'origine traumatique ou autre ne saurait avoir d'autre gravité que celle qui dépend de l'affection dont dérive l'épanchement.

Si la tuberculose en est le point de départ ; il est bien rare qu'elle soit primitive et locale ; d'après Louis les poumons sont toujours atteints. Sans être toutefois aussi exclusif, nous dirons qu'à côté de ces lésions locales, les lésions pulmonaires auront la plus grande part de la gravité du pronostic.

De même si c'est un noyau sarcomateux qui est cause de l'hématome, toutes les réserves doivent être faites au point de vue de la généralisation de la tumeur.

Localement, un épididyme atteint de kyste sanguin traumatique, amène la même gêne qu'une hydrocèle vaginale de petit volume. L'épididyme reste perméable au sperme puisque l'épanchement enkysté n'intéresse pas les canaux éfferents ou le canal de l'épididyme, comme l'a fait voir M. Ollier en disséquant complète-

ment une de ces tumeurs. Les fonctions génitales sont donc sauvegardées.

Les tubercules, au contraire, comme les néoplasmes, détruisent les parois des canaux du sperme, et si la glande séminale atteinte devient ainsi inutile, le fait n'est point dû à l'épanchement sanguin, mais bien au travail morbide cause de la tumeur sanguine.

Le pronostic devient donc grave si la collection sanguine est symptomatique d'une lésion tuberculeuse ou néoplasique.

La thérapeutique ne saurait être la même, s'il s'agit d'un kyste sanguin épидидymaire ou bien d'un hématome d'origine néoplasique ou tuberculeuse.

Si les kystes sanguins sont de petit volume, les porteurs de cette affection ne s'en plaindront pas, car ils n'éprouvent que très peu ou pas de gêne ; ce sont là des découvertes de conseil de révision, comme le raconte Larrey, à moins que la curiosité ne conduise le praticien à examiner de près ces individus qui tirent vanité de l'existence du troisième testicule qu'ils croient avoir. On peut conseiller un traitement chirurgical de ces petites tumeurs, quoiqu'elles soient peu gênantes. Si les dimensions de la poche sanguine sont par trop apparentes, le traitement chirurgical a plus sa raison d'être ; on devra le pratiquer sitôt que la tumeur deviendra une gêne pour son propriétaire.

Quel est ce traitement chirurgical ?

Si nous reprenons nos observations, nous voyons Hamilton (observ. II) guérir son malade par une simple ponction et l'évacuation de caillots sanguins.

Curling, après deux ponctions infructueuses, incise

largement la tumeur, puis, craignant la suppuration qu'on ne savait point encore prévenir en 1853, il fait la castration. Le malade, nous dit-il, mit longtemps à guérir.

A. Cooper, en 1822, après l'incision, mit une mèche de coton dans la plaie opératoire et renvoya le malade chez lui; il y eut une hémorragie suivie de syncope le jour même; la suppuration survint le lendemain, et la guérison se fit attendre six semaines.

M. Desprès (observ. I de Delhayé) amène une amélioration notable de son malade au moyen de badigeonnage de teinture d'iode. Qu'un hématome non enkysté intra-épididymaire se résorbe avec ou sans application de teinture d'iode le fait est naturel. Le repos et des compresses froides auraient un effet plus efficace sur la résorption de l'épanchement sanguin.

Si l'on a affaire à un kyste sanguin la ponction simple pourra être tentée au début avec succès alors que les parois du kyste ne sont pas assez épaisses et résistantes pour ne pas s'affaïsser.

Cette simple ponction amena la guérison du malade d'Hamilton. Toutefois, il sera plus sûr de faire suivre la ponction d'une injection iodée. Larrey en rapporte un succès et Ollier dut y recourir pour un malade chez qui trois ponctions successives étaient restées sans résultat.

L'incision n'offre pas de grands avantages. En cas de kyste sanguin à parois épaisses, l'excision partielle est indiquée. Il serait bien difficile de disséquer toute la paroi kystique sans risquer d'intéresser les canaux efférents ou l'épididyme, on la ferait suivre d'une

cautérisation de la portion restante de la poche soit avec du nitrate d'argent, soit avec du chlorure de zinc, et d'un pansement à la gaze iodoformée.

Enfin si c'est à une lésion tuberculeuse ou cancéreuse qu'est due la tumeur sanguine, la castration devra être pratiquée dans le plus bref délai.

CONCLUSIONS.

On peut donc observer du côté de l'épididyme et principalement dans la tête de cet organe des tumeurs sanguines de nature diverse.

I. — Une première variété comprend les tumeurs sanguines d'origine traumatique. Ce sont :

1° Des collections sanguines enkystées (hématocèles kystiques ou kystes sanguins d'Ollier) qui ont la plupart du temps pour point de départ un kyste préexistant d'origine congénitale et dans l'intérieur duquel se produit une hémorragie plus ou moins abondante : telles sont les observations de sir A. Cooper et de Curling ; et (hématocèles vaginales sus-épididymaires enkystées) dont l'observation VII peut servir d'exemple.

2° Des hématomes épидидymaires siégeant dans le tissu conjonctif intra-épididymaire, sous l'enveloppe fibreuse comme L. Delhayé en rapporte un cas et Jamain un autre.

II. — Une deuxième variété appartient à la catégorie des néoplasmes malins de l'épididyme.

1° De ces cancers, il en est qui, à leur début, ne révèlent leur présence que par un épanchement sanguin, comme nous en avons rapporté une observation de M. le professeur Poncet. Dans ces cas, l'hématome est secondaire, c'est la lésion néoplasique qu'il faudrait diagnostiquer, mais les signes cliniques sont tels que l'on croit avoir affaire à un simple hématome et qu'il faut un examen histologique pour trancher la question.

Cet hématome néoplasique peut reconnaître deux modes de production :

a) La rupture de vaisseaux néoformés à parois friables embryonnaires.

b) La rupture par stase sanguine de vaisseaux veineux dilatés [et surtout de capillaires, à la suite d'une oblitération d'un collecteur veineux par compression ou par envahissement du néoplasme.

2° A côté de ces hématomes épididymaires apparaissant brusquement dans un cancer naissant et pouvant donner le change sur la nature de l'affection, se place une autre variété d'hématomes. Ce sont ceux dus à une espèce relativement commune de cancers du testicule ayant débuté ou non par l'épididyme, cancers plus vasculaires que de coutume qui, par le siège de l'organe et par les froissements auxquels il est exposé, peuvent être le point de départ d'hématomes plus ou moins volumineux.

III. — Les lésions inflammatoires de l'épididyme et tout particulièrement la tuberculose, ainsi que nous en

rapportons un cas très net, peuvent également se compliquer d'hématome ou d'hématocèle. Le diagnostic en est embarrassé et l'examen histologique sera encore nécessaire pour trancher la question. La nature de ces tumeurs sanguines indique leur pronostic et leur traitement.

Les kystes sanguins à proprement parler sont justiciables de l'ablation avec conservation de l'organe ; les hématomes néoplasiques en indiquent le sacrifice et aussi, pensons-nous, les lésions inflammatoires chroniques tuberculeuses, à moins de contrindication spéciale.

VU : LE DOYEN,

LORTET.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,

PONCET.

Permis d'imprimer

Lyon, le 12 juillet 1894.

LE RECTEUR,

EM. CHARLES.

